

¿Son nuestras relaciones médico-paciente exitosas?

Por el Dr.:

RICARDO GONZALEZ MENEDEZ¹⁶

González Menéndez, R. *¿Son nuestras relaciones médico-paciente exitosas?* Rev Cub Med 18: 2, 1979,

Se plantea que se hace necesario, basado en el criterio de que algunos médicos subvaloran la relación médico-paciente en su ejercicio profesional, exponer algunas referencias bibliográficas, acerca de actividades experimentales para lograr el perfeccionamiento de médicos generales; se señala la necesidad de establecer un concepto operativo de la relación médico-paciente, destacar sus diferencias con otros tipos de relaciones interpersonales, valorar sus aspectos fundamentales y señalar los errores más frecuentes en el desarrollo de esta relación; se proponen, finalmente, algunas sugerencias para optimizar ésta, debido a la fundamental importancia que tiene dicha relación para el desarrollo de la práctica profesional.

La contestación afirmativa a esta pregunta seguramente estará en relación directa con la valoración que cada facultativo haga de la significación de las relaciones médico-paciente positivas en la conquista de las metas trazadas por nuestra conciencia como profesionales de la salud.

El trabajo de algunos años con médicos generales y especialistas durante las actividades de educación médica continuada en salud mental, nos ha permitido coincidir con el criterio de nuestro asesor en dicha gestión, profesor *Mauricio Goldemberg*,¹ quien consideraba que una proporción no despreciable de médicos en diferentes latitudes, subvalora la significación del establecimiento de relaciones positivas con los enfermos y familiares, pensando que su nivel técnico es

suficiente para garantizarle el diagnóstico y tratamiento correcto de las afecciones por las que son consultados, olvidando que el 35% de sus casos presenta trastornos cuyo origen predominante psicosocial hace imprescindible el acercamiento humano entre quien busca ayuda médica y quien la otorga² y que aún en afecciones predominantemente somáticas, la interacción de los niveles biopsicosociales en el hombre, reclama el intercambio afectivo entre terapéutica y paciente para la reconquista de la salud perdida.³

Estas observaciones nos motivaron a integrar algunas referencias bibliográficas con las experiencias de nuestro colectivo de trabajo, con el objetivo de transmitir a los compañeros de otras especialidades, algunos aspectos a tener en cuenta para optimizar nuestra relación profesional más importante.⁴

184 ¹⁶ Profesor auxiliar de psicología médica y psiquiatría. Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

Pretendemos: establecer un concepto operativo de la relación médico-paciente, señalar sus diferencias más importantes con otras relaciones humanas, destacar sus aspectos técnicos fundamentales, valorar los errores médicos más frecuentes durante su desarrollo y proponer algunas recomendaciones al médico práctico para hacer más exitosas aún sus relaciones con los enfermos y familiares.⁵

Proposición conceptual

El hombre, como ser social establece en el curso de su vida, infinidad de interacciones humanas, destacándose entre las mismas, aquéllas en las que al menos uno de los participantes es capaz de ponerse en el lugar del otro, sentir como propias sus problemáticas y éxitos y disponerse a participar en su solución o disfrute respectivamente. Estos aspectos, denominados por *Lain Entralgo* fases coejecutivas, compasiva y cognoscitiva de la comunicación entre dos personas,^{1*7} son precisamente las relaciones interpersonales de otras interacciones que diferencian las verdaderas relaciones humanas menos significativas como las que estableceríamos con un policía de tránsito que nos señala una infracción o con la taquillera que expende un boleto para el teatro.

Múltiples son las relaciones interpersonales que se deben considerar en un sujeto dado: las que establecen con sus compañeros de estudio y trabajo, con sus amigos, con la persona amada, con sus padres y con otros familiares. El médico, como profesional de la salud, debe contar la relación con sus pacientes entre sus relaciones interpersonales laborales por establecerse durante su actividad profesional de alta significación social. Estamos pues en condiciones de categorizar dichas relaciones entre las de prestación de servicios. LA RELACION MEDICO PACIENTE, ES, POR TANTO, UNA RELACION INTERPERSONAL LABORAL DE PRESTACION DE SERVICIOS.

Aspectos que la diferencian de otras relaciones interpersonales

Sólo nos detendremos en los tres que consideramos fundamentales.

- 1) La significación extraordinaria del servicio prestado.
- 2) El estado afectivo de uno de los participantes, condicionado por la afección que padece.
- 3) El constituir un tipo de relación donde el médico está permanentemente en la situación de "dar", sin poder esperar jamás un intercambio equilibrado de comprensión, interés humano, simpatía e información, hechos habituales en nuestras relaciones interpersonales extraprofesionales.

Valoremos brevemente la última característica, por ser ella, la que explica que muchos médicos que triunfan en sus relaciones extraprofesionales, se frustran en las más importantes del ejercicio de su profesión, por llevar a las mismas, esquemas aprendidos en su vida cotidiana y establecer, por este mecanismo, aspiraciones de reciprocidad que por razones lógicas no pueden ser satisfechas.⁸

Aspectos técnicos fundamentales de la relación médico-paciente

Valoremos en la misma:

- a) Características generales de los participantes
- b) Objetivos perseguidos
- c) Motivo de consulta
- d) Estado afectivo
- e) Posición en la relación
- f) Vías de comunicación
- g) Defensas y distorsiones de la comunicación
- h) Potencialidad frustrante

Dejamos al lector la valoración de la significación del contexto histórico-social en que la relación estudiada se produce.

- a) Características generales de los participantes. El éxito o fracaso de una relación

médico-paciente, depende muchas veces del conocimiento que el médico tenga de la personalidad, nivel cultural, zona de procedencia, desarrollo socio-económico e ideología de su enfermo, desempeñando también importante función, las posibilidades introspectivas del médico para conocer sus propios problemas y el esfuerzo del profesional orientado a mantener y desarrollar su prestigio social y científico.

- b) **Objetivos perseguidos.** El paciente, en busca de ayuda médica persigue el objetivo de curarse, y cuando ello no es posible, aliviarse, moviéndolo también su deseo de saber qué tiene y cuál es su pronóstico. El médico, por su parte, persigue ofrecer ayuda médica y su objetivo inicial es el establecimiento de una relación positiva que le facilite el diagnóstico y la terapéutica.
- c) **Motivo de consulta.** La gravedad de la afección motivo de consulta está en razón inversa con la facilidad para establecer relaciones exitosas. La comprensión de este principio se logra si comparamos la relación que se establece con un paciente de pitiriasis versicolor y la lograda con un enfermo litíásico durante un cólico nefrítico.
El significado social de la afección debe ser también siempre muy tenido en cuenta, ya que aquél se refleja en la conciencia del enfermo y determina reacciones a veces incomprensibles para el médico, que no entiende que se reclamen sus servicios con urgencia para un enfermo con cuatro días de constipación.
- d) **Estado afectivo.** El estado anímico del paciente, que en gran parte dependerá de la intensidad de las molestias, significado social de su afección o situaciones, familiares y laborales secundarias a su cuadro, será el responsable máximo de su sensibilidad exagerada ante cualquier manifestación médica que se interprete como evidencia de incomprensión, indiferencia o subestimación.

La enfermedad es también una importante generadora de inseguridad, ansiedad y tristeza, y determina muchas veces comportamientos que corresponden a etapas ya superadas en el desarrollo emocional, y se manifiesta el egoísmo, la dependencia y demanda exagerada de atención propia de los niños.

- e) **Posición en la relación.** En la mayoría de los casos, el paciente ubica al médico en un plano de superioridad como producto de su nivel profesional, desarrollo socioeconómico y función de prestador de ayuda que le toca desempeñar en la relación, colocándose el enfermo automáticamente en posición de inferioridad. Estos diferentes planos designados técnicamente como posición *one up* y *one down* en las relaciones interpersonales⁹ determinan muchas veces importantes dificultades en la comunicación por ser siempre la inferioridad una fuente de hostilidad.
- f) **Vías de comunicación.** Cuatro vías fundamentales sigue la información en una relación médico-paciente: a) la verbal, mediante la palabra hablada o escrita, b) la extraverbal, a través de expresiones faciales, gestos y modulaciones de la voz. c) la instrumental, que utiliza como intermediarios los equipos médicos, delata significación para el paciente, que mágicamente logra mediante ellos el ansiado diálogo con la ciencia de *Vallejo Nágera*,¹⁰ d) la táctil, fundamentada en el contacto piel con piel, de tanta significación en la maduración emocional del sujeto, y representada, en la relación que nos ocupa, por el estrechón de manos, la palmada en la espalda y las maniobras inherentes al examen físico.
- g) **Defensas y distorsiones de la comunicación.** Estos mecanismos que pueden ser voluntarios (defensas que limitan la

comunicación de situaciones que afectan la autoestima) o involuntarios (mecanismos de defensa de la personalidad que muchas veces distorsionan la realidad para hacerla menos angustiosa) son importantes en la relación que estudiamos. Ejemplo de las primeras es la omisión del verdadero motivo de consulta en un paciente que presenta impotencia, cuando reconoce que su médico de asistencia es una mujer, en tanto que la aceptación por parte de un enfermo, del reposo prolongado por una hepatitis que se cronifica, gracias a la "racionalización" de que podrá utilizar dicho tiempo para escribir un libro proyectado años atrás, o el clínico brillante que ingenuamente acepta la explicación de sus compañeros para negar la carcinosis peritoneal que le afecta, constituyen ejemplos de la segunda.

h) Potencialidad frustrante. En párrafos anteriores señalábamos que el éxito de una relación interpersonal muchas veces dependía de la posibilidad de que en la misma fuesen satisfechos los objetivos perseguidos por los participantes. Es indiscutible que un buen porcentaje de situaciones médicas hace difícil la conquista de dicha meta, tanto para el médico como para el paciente. Un ejemplo sería el paciente que tenga una afección incurable que frustraría al enfermo en su aspiración de recuperar la salud perdida y al médico en su objetivo de curar.

Igual mecanismo tiene también parte en afecciones de curso tórpido, donde el mejor de los manejos médicos es por bastante tiempo insuficiente para satisfacer con sus resultados a ambos participantes. Es aquí donde el médico debe hacer uso de su capacidad para tolerar frustraciones y conducir a su enfermo adecuadamente en el manejo temporal de las suyas, pues debemos recordar que toda frustración genera hostilidad y que este sentimiento es muy peligroso en cualquier tipo de relación interpersonal, determinando muchas veces su fracaso.

Algunos de los errores médicos más frecuentes en el manejo de la relación médico-paciente

"Para reconocer sus propios errores el médico debe actuar con sinceridad sin esconderse tras máscaras de autoritarismo, empirismo o autosuficiencia".

Cuando los aspectos brevemente señalados anteriormente son olvidados nuestras potencialidades terapéuticas pueden ser importantemente reducidas.

En los siguientes párrafos trataremos de valorar, siguiendo igual orden de exposición, algunas consecuencias de no tener en cuenta...

a) Las características generales de los participantes.

Esta deficiencia, frecuente en todas las latitudes, determina que muchos médicos demanden del paciente un comportamiento análogo al que tendrían ellos de estar en su lugar, sin valorar, que en la mayoría de los casos, el desarrollo socioeconómico y cultural del paciente es más bajo que el suyo, considerado un técnico de alta calificación. Este mecanismo hace que algunos médicos se hostilicen cuando el enfermo fuma sin pedir permiso, entra a la consulta sin quitarse el sombrero, o comunica sus anamnesis con poca sistematización. Esta situación, en la que el médico inconscientemente "pide peras al olmo" ha sido históricamente la responsable del fracaso de infinidad de relaciones médico-paciente, ya que el malestar injustamente sentido por el médico, dificulta importantemente la comunicación cuando no es expresado y si se exterioriza en forma de "clase magistral de urbanidad" herirá en forma permanente la sensibilidad del enfermo que valorará dicha experiencia como una humillación.

b) Objetivos perseguidos. En este sentido, nuestra más frecuente deficiencia es producto de que olvidamos el deseo del paciente de saber qué tiene y cuál es su pronóstico cometiendo a veces, yatrogenia por omisión de informaciones que tendrían efecto ansiolítico.¹²

c) Motivo de consulta. Las diferencias derivadas de la subvaloración de este aspecto son evidentes si apreciamos que algunos médicos utilizan iguales técnicas de entrevistas ante un paciente con onicomocosis y otro que consulta por mareos, pasando por alto, que en el segundo, la connotación macrosocial¹³ del síntoma, popularmente v-alorado como premoni- tor de embolia o expresivo de tumores cerebrales o presión alta, determinará importantes dificultades en la comunicación y un estado de hipersugestibilidad que muchas veces resulta terreno abonado para que se produzca yatrogenia por mal manejo de las comunicaciones extraverbales, mientras que se chequea sistemáticamente e ingenuamente la tensión arterial del enfermo que, colmado de angustia, "escruta nuestro rostro para arrancarle el secreto de su mal pronóstico".¹⁴

Por igual mecanismo puede ocurrir que ante enfermos con molestias articulares o dolores precordiales, utilicemos términos como artrosis generalizada o infarto del miocardio, reconocidos popularmente como denominadores de afecciones de pésimo pronóstico.

d) Estado afectivo. Las deficiencias en este sentido se hacen manifiestas por la ocasional incapacidad del médico para aceptar y manejar manifestaciones de hostilidad, reclamo e hipensensibilidad y angustia de pacientes y familiares real o imaginariamente afectados por afecciones graves. Innecesario resulta señalar que si la respuesta del facultativo a esta situación interpersonal fuera de incomprensión y rechazo, esta conducta médica errada, sería suficiente para destruir la relación médico-

paciente y exagerar, además, los mecanismos descritos en el enfermo y familiares.

e) Posición en la relación. Entre las deficiencias que expresan el no tener en cuenta la necesidad técnica de que el médico se comporte en forma consecuente para sacar al enfermo de la posición de inferioridad interpersonal en que habitualmente esto se "autoubica", pudiera señalarse la poca frecuencia con que estrechamos la mano de los pacientes durante la recepción y despedida en la entrevista, (símbolo convencional de amistad e igualdad), la frecuencia con que algunos médicos jóvenes utilizan el tuteo en su relación con pacientes mayores (pensando erróneamente que ello es afectivo para mejorar la comunicación) y el ocasional descuido de la tan importante actitud de "atenta escucha" que es precisamente una de las características médicas más apreciadas por el enfermo.

f) Vías de comunicación. En su obligación de escrutar más allá de lo que el enfermo comunique verbalmente y aprovechar terapéuticamente toda vía de comunicación con el paciente, muchos médicos descuidan la vía extraverbal cuando examinan un estudio radiográfico o el trazado electrocardiográfico del enfermo, angustiado por su dolor en el pecho.

La deficiencia más importante informada en todas las latitudes es la omisión de la comunicación instrumental con el enfermo, objetivizando la expresión "no me examinó con los aparatos", sus funestas consecuencias sobre la relación con el facultativo que impide la conquista de uno de los objetivos de su enfermo.

g) Algunos médicos son incapaces de romper las defensas que afectan la comunicación al no lograr mediante su comportamiento en la relación, el clima de confianza y seguridad que la actitud de aceptación no enjuicia-

dora determina permitiendo al enfermo comunicar aspectos que afectan su autoestima. La expresión de hostilidad acompañada de la observación crítica de que la omisión de una información por parte del paciente ha retardado su curación, es también un frecuente error en nuestras relaciones "un paciente estudiado por una hipertensión, finalmente confía a su médico que hace meses consume cantidades importantes de anfetamina y que no lo había referido antes por avergonzarle que lo consideraran un adicto. Puede ocurrir que el médico, desconociendo que dicha confianza expresa una relación positiva, destruya con su crítica los lazos afectivos que le hubiesen facilitado la curación del antes esperanzado y ahora frustrado enfermo."

- h) Potencialidad frustrante de la relación. "Cuando un médico no esté preparado para tolerar frustraciones, seguramente no lo estará tampoco para prevenir iatrogenia". El ejemplo más típico de este planteamiento lo da el médico que luego de una relación inicialmente buena y de haberse esforzado con un paciente artrósico poniendo a su alcance los más modernos recursos de la ciencia, se frustra ante las manifestaciones de hostilidad del enfermo durante la reconsulta, quien producto de una evolución tórpida expresa su descontento ante el mantenimiento de los síntomas a pesar del tratamiento. La expresión médica "Mire, la artrosis no se cura, eso es un problema de la edad" no hace más que expresar la intolerancia del médico al fracaso y convertirse, por obra y gracia de su dinámica hostil y manejo angustioso, en una de las más frecuentes iatrogenias de nuestro medio.

Sabemos que constituye una utopía aspirar a que el médico pueda siempre desarrollar su trabajo con la efectividad suficiente para considerarlo perfecto, pero es indudable que

todavía muchos de nosotros podemos y debemos esforzarnos por profundizar en la comprensión y manejo de los mecanismos que seguramente harían más exitosa nuestra gestión médica y lograr lo que el profesor *Miguel Serin*¹⁷ llama la actitud crítica en la profilaxis de la iatrogenia, conducta que debemos basar en nuestra característica de observadores participantes durante la relación médico-paciente.¹⁶

Pretendiendo aportar algo en este sentido nos atrevemos a proponer las siguientes sugerencias.

SUGERENCIAS

1. Dé el valor que merece al significado de las relaciones médico-paciente positivas en el ejercicio exitoso de nuestra profesión.
2. Trace la meta de perfeccionar sus relaciones y asuma una permanente actitud crítica en cada nueva experiencia interpersonal.
3. Esfuércese por incrementar su información sobre el tema.
4. Dispóngase a ponerse en el lugar del enfermo y compórtese ante el mismo como quisiera usted ser tratado en su situación.
5. Vele porque sus problemas personales no se reflejen en sus relaciones con los pacientes.
6. Trate de hacerles ver su deseo de conocerlos globalmente.
7. No pierda oportunidad para mostrarles afecto.
8. Tenga siempre presente las características generales de quien lo consulta y profundice en el conocimiento de sus propios rasgos de carácter y conflictos humanos no resueltos.
9. Trate de definir los objetivos fundamentales de su enfermo y familiares al acudir a usted y dispóngase a satisfacerlos siempre que ello

- esté en sus posibilidades humanas y profesionales.
10. Valore la posición de inferioridad interpersonal en que se encuentra su paciente durante la relación y esfuércese por sacarlo de ella mediante su comportamiento respetuoso, afable, atento y amistoso.
 11. Obtenga información por todas las vías posibles y apórtela siempre en forma planificada, terapéuticamente, utilizando todos los medios a su alcance.
 12. Recuerde que el paciente está dotado de mecanismos para ocultar o distorsionar las situaciones generadoras de sufrimiento y vergüenza, y usted, entrenado en recursos para explorarlas con honestidad y valorarlas y orientarlas con humanismo.
 13. Tenga presente que la tolerancia a frustraciones es una expresión de madurez emocional y que todo médico debe esforzarse por ser cada vez más maduro.
 14. Antes de concluir su relación con un paciente asegúrese de que la pregunta ¿he agotado todas mis posibilidades para dar a este enfermo lo que esperaba de mí? puede ser contestada afirmativamente.

SUMMARY

González Menéndez, R. *Are our physician-patient relationships a success?* Rev Cub Cir 18: 2, 1979.

It is suggested that on the basis of the criterion that some physicians underestimate physician-patient relationship in their professional practice it is necessary to expose some bibliographic references on experimental tasks aimed at the improvement of general practitioners. The need for establishing an operative concept of physician-patient relationship as well as for stressing its differences regarding other forms of personal relationships, assessing its fundamental aspects and pointing out the most frequent mistakes in the course of this relationship is emphasized. Finally, some measures aimed at its improvement are suggested since this relationship has a fundamental importance in the development of professional practice.

RÉSUMÉ

González Menéndez, R. *Nos relations médecin-patient ont-elles du succès?* Rev Cub Med 18: 2, 1979.

L'auteur signale qu'il faut, sur la base du critère que quelques médecins sous-valorisent la relation médecin-patient dans l'exercice professionnel, exposer certaines références bibliographiques à propos d'études expérimentales, afin de parvenir au perfectionnement de médecins généraux; il signale la nécessité d'établir un concept opératif de la relation médecin-patient, de souligner ses différences avec d'autres relations interpersonnelles, d'évaluer ses aspects fondamentaux et de signaler les erreurs les plus fréquentes dans le développement de cette relation; finalement, des suggestions sont proposées pour optimiser cette relation, étant donné la fondamentale importance de celle-ci pour le développement de la pratique professionnelle.

FE3KME

roH38JiB3 MeHeHjie3, P.

fiBJunoTCfl *m nam* oTHoraeraH Bpa^i-

narra p.wt, ycnsein^rMH? Eev Cub Med 18: 2, 1979-

OcHOBHBaHOB Ha KpnTepHH HeKOTOpHX Bpa^eñ, HeaoneHHBarajnx OTHO meraie Mescjy Bpa^eM u nanneHTOM b cBoei npo&eccHOHaHBHOH npaKTH Ke, HO^epiOIBafeTOH, ^TO CTaHOBHTCH HeOÓXOÍKMtIM BHOTHHyTB HeKOTO me ÓHÓJinorpaí^HMecKHe pe\$epeHroiH o6 3KcnepHMeHTajH>HHX Meponpiw tzkx c nejBK) yooBepmeHTBoBaHiw otímnx Bpa^iei*. yKa3HBaTCH neoxojtHMocTb ycTanoBJiehhh onepaTHBHoro KoraieHTa oTHomemfl spa^ naitieHT, oÓHapyjiceHHH ero otjuttoh OT^pyzx thtiob ^eJioBe^eCKHX - B3aHMOOTHoflemif, OYHKJI ero OCHOBHHX acneKTOB H yKa3aTB Hanoo - jiee ^ac.TO .nonycKaeMue omzdrar b stom oTHomeHHH. B 3aKJiH)HeHHe - npejyioraioTCH pa3JnpeHHe KpHTepim no onTHMH3aczn **3Toro** oTHomeHKH no np>rqaHe Toro, ^tto BHmeyKa3aHHoe oTHomeHHe HMeeT orpoMHoe - 3 Hádeme b pa3BHTne npo\$eccnoHani>Hoft npaKTHKH.

BIBLIOGRAFIA

1. *Goldemberg M.* Asesor de la Oficina Panamericana de la Salud en Educación Médica continuada en Salud Mental. Comunicación Personal. Santiago de Cuba, 1974.
2. *Balint.* Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina. Edit. Siglo XXI, México, 1976.
3. *González, Ft.* La Unidad Bio-psico-social. Revista Cubana de Medicina. Vol. XIV. No. 1, Enero-feb. 1974.
4. *Bustamante, J.* Psicología Médica. Instituto del Libro. Cuba, 1967.
5. *González, R.* Algunos aspectos de las relaciones humanas del médico. Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana. Vol. XII No. 1, Enero-Abril, 1971.
6. *Lain Entralgo.* La relación médico-enfermo. Historias y temas. Editorial Revista de Occidente, Madrid, 1954.
7. *Cabaleiro Goas.* Temas Psiquiátricos. Algunas cuestiones psicopatológicas generales. Edit. Paz Montalvo. Madrid, 1956.
8. *González, R.* El médico integral ante la patología psiquiátrica menor. Publicación del Centro Provincial de Información. Oriente Sur. 1975.
9. *Haley, J.* Estrategias en Psicoterapia. Edit. Toray, Barcelona, 1966.
10. *Vallejo Nagera.* Introducción a la Psiquiatría. Editorial Científico Médica. Barcelona, 1969.
11. *Cluff, L.* Report on doctor patient relationship. J Med Educ 36: 151, 1961.
12. *Banain Pinto, H.* Yatrogenia por la palabra. Publicación del Ministerio de Salud Pública de Cuba. 1966.
13. *Córdova, A. y otros.* Lo psíquico en propedéutica médica. Edit. Edición Revolucionaria. Instituto del Libro. Cuba, 1974.
14. *González, R.* ¿Por qué hacemos yatrogenia? Rev Cub Med Vol. XIV, No. 6, 1975.
15. *Sorin, M.* Yatrogenia. Problemática general. Edit. El Ateneo. Buenos Aires. 1975.
16. *Sullivan, H.* La entrevista psiquiátrica. Edit. Psique, Buenos Aires, 1959.